

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

364

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA SYPHILIS VEINEUSE

La Phlébite Syphilitique tardive des veines des membres

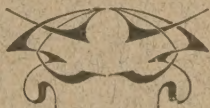
PAR

MARCEL GAUJARD

Né à Châteauroux, le 10 Juillet 1888

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. THOINOT, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1913

364

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA SYPHILIS VEINEUSE

La ghlébite Syphilitique tardive des veines des membres

PAR

MARCEL GAUJARD

Né à Châteauroux, le 10 Juillet 1888

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. THOINOT, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE SCIENTIFIQUE ET MÉDICALE

AMÉDÉE LEGRAND

36, Rue Serpente, 36

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	{ WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	{ TEISSIER
Anatomie pathologique.....	LEIARS
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	N.
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	{ LANDOUZY
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ HARTMANN
Clinique ophtalmologique.....	{ DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	{ LEGUEU
	{ BAR
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD
	{ RIBEMONT DES
	{ SAIGNES
Clinique gynécologique.....	{ POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	{ KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	{ A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GRÉGOIRE	LEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA ANDRÉ	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECÈNE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR THOINOT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE ET
DE L'HOPITAL DE TOURS

MM. les Docteurs BOSC, MEUNIER, LAPEYRE, BARNSBY,
TILLAYE, MERCIER et MAGNAN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage 1909-1910

Monsieur le Professeur LANDOUZY, médecin de
l'hôpital Laënnec

Externat 1910-1911

M. le Docteur HUDELO, médecin de l'hôpital Broca

M. le Docteur CHEVASSU, Professeur agrégé, Hôpital
Necker

Externat 1911-1912

M. le Docteur RIST, médecin de l'hôpital Laennec

M. le Docteur RIBIERRE, médecin des hôpitaux,
hôpital Cochin

Externat 1912-1913

M. le Docteur MENETRIER, Professeur agrégé,
Médecin de l'hôpital Tenon

M. le Docteur POTOCKI, Professeur agrégé,
accoucheur de l'hôpital la Pitié

Externat 1913

M. le Docteur COMBY, Médecin de l'hôpital des
Enfants-Malades

Monsieur le Professeur agrégé GOUGEROT
MM. les Docteurs DEBRÉ, CRUET, DUVOIR, LECONTE

Introduction

La syphilis produit des lésions veineuses à toutes les périodes de son évolution. On a observé des phlébites syphilitiques au stade du chancre avant toute manifestation secondaire, des phlébites secondaires et des phlébites tertiaires.

C'est la classification adoptée généralement.

Toutes ces manifestations veineuses de la syphilis revêtent d'ailleurs des modalités différentes dans chacune des périodes de l'infection. Le type clinique de la phlébite syphilitique primitive est en tous points identique à celui décrit par les auteurs à la période secondaire. M. Gaillard, dans sa thèse de 1911, en rapporte 3 observations. Cet auteur donne une étude de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres, étude clinique complète basée sur 92 observations suivies d'une étude bactériologique et histologique qui résume toutes les connaissances actuelles sur la question.

Il y a lieu de mentionner une forme de phlébite syphilitique un peu spéciale et relativement rare ; la *thrombo-phlébite nodulaire*, syphilis noueuse ou

érythème noueux syphilitique, accident rapporté dans ces dernières années à la thrombo-phlébite. Nous en donnerons quelques observations qui permettent d'en fixer les caractères cliniques et les caractères histologiques. A la période tertiaire, la phlébite syphilitique a été rarement observée, c'est une phlébite à allures toutes spéciales, c'est à proprement parler une gomme veineuse plutôt qu'une phlébite.

Mais à côté de ce type, Roques dans sa thèse de 1907 a montré que certaines phlébites de la période tertiaire peuvent présenter des caractères qui les rapprochent des phlébites de la période secondaire.

La classification se trouve donc insuffisante. D'ailleurs, si on admet que le tréponème est l'agent spécifique de la syphilis, comme on sait que l'on peut le retrouver dans l'organisme des syphilitiques à toutes les époques de la maladie, et même très longtemps après l'époque de l'infection, on comprend que des lésions inflammatoires des veines puissent se produire avec des formes semblables à quelque période que ce soit de la syphilis sans revêtir une forme propre pour une époque déterminée.

Il faut considérer qu'il n'existe pas, entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires, une démarcation chronologique bien tranchée. Il est, à notre avis, plus commode de grouper en *phlébites précoces* et en *phlébites tardives*.

C'est le plan que nous adopterons dans cet ex-

posé. Nous apportons ici, l'observation de phlébite syphilitique tardive qui nous a été communiquée par notre Maître, M. le D^r Ribierre, qu'il a eu l'occasion de recueillir et de suivre à la consultation de l'hôpital Cochin.

Nous rapprochons de cette observation une observation publiée en 1908 à la Société des Sciences Médicales de Montpellier par MM. Rimbaud et Réveille ; nous fixerons les caractères des phlébites tardives après un exposé des phlébites précoces. Enfin, nous étudierons dans un chapitre d'ensemble les diagnostics qui peuvent se poser à propos de ces diverses manifestations phlébitiques et nous terminerons en montrant l'efficacité du traitement antisyphilitique.

Nous tenons à exprimer à notre Maître, M. le D^r Ribierre, notre profonde gratitude. Nous ne saurions oublier que son enseignement clinique journalier et ses savantes leçons de la consultation de l'hôpital Cochin ont exercé une influence très marquée sur notre formation médicale. Il nous a inspiré cette thèse et guidé de ses conseils. Nous lui adressons nos respectueux remerciements.

Historique

L'étude des phlébites syphilitiques peut être divisée chronologiquement en trois périodes. Pendant une très longue période, les auteurs n'ont rapporté que de très rares observations de phlébites au cours de la syphilis, mais n'osant pas conclure, ils ne voulaient pas considérer la syphilis comme cause de la phlébite.

En 1894, MENDEL publie un travail d'ensemble sur les phlébites syphilitiques en général aussi bien secondaires que tertiaires.

Depuis, de nombreuses observations furent publiées, les auteurs y joignent même les considérations d'anatomie pathologique mais un point reste encore obscur ; c'est la cause efficiente de la phlébite qui ne peut être que supposée puisqu'on ne connaît pas encore l'agent causal de la syphilis.

En 1910, MM. les docteurs Georges THIBIERGE et Paul RAVAUT, dans une communication à la Société Médicale des hôpitaux, démontrent la présence du spirochète dans la paroi veineuse par l'examen microscopique et par l'inoculation expérimentale. A la suite de cette communication, leur élève Gaillard

fit dans sa thèse une étude d'ensemble sur les phlébites syphilitiques précoces des veines superficielles des membres.

On trouve, en 1740, dans une publication de Jean ASTRUC « *De morbis veneris libri novem* » quelques indications sommaires sur la phlébite syphilitique de la veine porte ; Carlo GUATTANI, vers 1772, dans un ouvrage intitulé : « *De Externis anevrysmatibus* » incrimina la syphilis chez un homme de 30 ans chez qui l'artère et la veine poplites étaient épaissies et dilatées, donnant lieu à un vaste sac anévrysmal.

Les premières observations vraiment dignes d'intérêt ont été publiées en France par TEISSIER en 1834, en Allemagne par DIETRICH (1849) et VIRCHOW (1850), en Angleterre par GIRWOOD en 1860. Il publie trois cas de phlébite syphilitique secondaire bien nets. Il constate que l'affection est une phlébite, que les malades sont des syphilitiques, mais ne s'explique pas comment la syphilis peut devenir l'origine d'une phlébite.

GREENHOW, en 1873, rapporte un cas de phlébite syphilitique accompagnée de tumeur des muscles.

Malgré ces observations, cette affection n'avait en France aucunement attiré l'attention. LANCEREAUX, dans son *Traité de la Syphilis* de 1866 ne décrit que l'artérite tertiaire ; il semblait que le système veineux n'offrait aucune importance.

GOSSELIN, dans ses leçons de la Charité, relate deux cas de cette affection, l'un en 1870, l'autre.

quelques années plus tard. Il intitule ces observations « gommes veineuses », mais après une étude des observations qu'il rapporte, il est assez facile de se rendre compte qu'il se trouve en présence de deux cas de phlébite syphilitique secondaire revêtant la forme de thrombo-phlébite nodulaire, syphillis noueuse. Les deux sujets étaient porteurs d'accidents secondaires et de manifestations phlébitiques ; toutefois, il conclut à des gommes développées dans l'épaisseur des parois veineuses. La possibilité d'une affection aiguë liée à la syphilis, était à cette époque hors de toute conception.

LANCEREAUX, en 1881, cite deux cas de lésions syphilitiques tertiaires des veines. Un cas de DOWSE, relatif à une gomme de la dure-mère, propagée au sinus du voisinage ; un cas personnel dans lequel une veine avait pris part au processus d'une gomme adjacente à ses parois. Toutefois, il ajoute : « *La syphilis qui localise généralement ses effets sur le système lymphatique affecte peu le système veineux, aussi la phlébite syphilitique est une affection des plus rares.* »

La même année, LANGENBECK publie deux observations de gomme syphilitique veineuse, intéressantes à citer au point de vue du diagnostic et du traitement, car avant l'intervention chirurgicale, LANGENBECK hésitait entre un carcinôme et un sarcome ; l'examen microscopique de la tumeur extirpée montra que l'on avait affaire à une gomme syphilitique veineuse. La phlébite syphilitique tertiaire se trou-

vait pour ainsi dire identifiée à la suite de ces observations. La phlébite secondaire se traduisant par des symptômes moins bruyants n'a pas encore reçu de descriptions aussi nettes.

GAYRAUD, BREDÀ (1881), MAURIAC (1890), CHARCOT, LANG, rapportent des observations de phlébite secondaire, mais chez tous ces auteurs, on retrouve la même hésitation pour prononcer le mot de phlébite syphilitique, bien que la présence d'accidents secondaires caractérisés et l'efficacité du traitement auraient pu les mettre sur la voie du diagnostic précis.

CAUTRU, à propos d'un cas qui était contesté et considéré par certains auteurs comme d'origine rhumatismale, se demande pourquoi la syphilis qui frappe si souvent les artères épargnerait les veines.

L'étonnement de ces auteurs s'explique d'autant mieux que les veines sont plus facilement atteintes que les artères par une infection, par suite de la structure de leur endothélium, la présence de valvules et le ralentissement de la circulation veineuse.

La description de ces phlébites occupe peu de place dans les classiques où elles sont seulement signalées ; toutefois leur notion est désormais un fait acquis et l'on voit paraître des travaux d'ensemble sur la question dont le premier en France est le Mémoire de MENDEL (1894).

Il réunit neuf cas de phlébite secondaire et deux cas de phlébite tertiaire, il adopte cette classification, donne une excellente description et n'hésite pas à considérer la syphilis comme la seule

étiologie possible de ces phlébites ; de plus, il eût l'idée de réséquer un fragment de veine, et il en donne l'examen microscopique. J.-K. PROKSCH, en 1898, apporta une étude d'ensemble sur les phlébites viscérales et périphériques dues à la syphilis. Depuis son mémoire, LANG, MENDEL, RICHARD D'AULNAY, FOURNIER et LOEPER publient des cas isolés de phlébite syphilitique secondaire.

La même année, paraît la thèse de HEUZARD et le Professeur FOURNIER consacre un article à la syphilis secondaire des veines dans son traité. L'année suivante, trois observations de phlébite sont publiées, l'une par BONDESIO, dans sa thèse, et les deux autres par LE NOIR.

En 1900, M. THIBIERGE apporte des observations personnelles et le compte rendu de l'examen histologique ; il compte 26 observations de phlébite syphilitique secondaire.

En 1903, M. ROUSSY publie une Revue Générale sur la Phlébite syphilitique secondaire ; il apporte deux observations personnelles et joignant les cas de JACQUINET, EINGER, HASLUND (1900), COLLINOT, ULMANN (1901), OETTINGER, MAX MARCUSE, AUDRY et CONSTANTIN, GUYET, BRUNSGAARD, CAMPBELLE (1902), RENAUD et ROUSSY, GAUCHER et CHIRAY, il réunit 35 observations de phlébite secondaire.

BLUMENFELD, NEISSER et HOFFMANN, en publient des cas isolés.

Les travaux de l'Ecole Allemande, en particulier de MARCUSE, BLASCKO, HOFFMANN ; en France, JUL-

LIEN et l'observation publiée par MM. DARIER et CIVATTE, accompagnée d'un examen histologique permettent de différencier un type clinique de phlébite secondaire, la thrombo-phlébite nodulaire ou érythème noueux qui jusque là avait été considéré comme une gomme veineuse, ou, pour certains auteurs, comme une transition entre la période secondaire et la période tertiaire.

M. VAQUEZ, dans le Traité de la syphilis, de Fournier, publie, en 1906, un article sur la phlébite tertiaire qui est la première étude synthétique et complète de cette lésion.

ROQUES, dans sa thèse de 1907, apporte des considérations intéressantes sur les phlébites profondes d'origine syphilitique ; il y joint plusieurs observations et des examens histologiques.

En 1908, MM. RIMBAUD et RÉVEILHE publient une observation de phlébite syphilitique qu'ils font rentrer dans les accidents tertiaires.

Enfin, avant d'arriver à la thèse de GAILLARD, en 1911, de nombreux cas furent rapportés par DIEULAFOY, AUDRY, ALEXANDRE (1906), ARNDT, SCHERBER (1907), TOURNEUX et LÉVY, PANELLA (1908), ACHARD et DEMANCHE, DIEULAFOY, ETIENNE et LUCIEN, MAC DONAGH (1909), FIDON, STRANDBERG, THIBIERGE et RAVAUT, BALZER et Mme VAUDET-NEVEUX (1910). Ce sont surtout des observations de phlébite syphilitique secondaire.

TÔRÔK et RICHTER, en 1912, signalent des faits analogues.

Observations

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter de suite les deux observations de phlébite syphilitique tardive dont l'une inédite a été le point de départ de ce travail.

Madame N., 50 ans, blanchisseuse, vient consulter le 8 mars 1913, à la consultation de l'hôpital Cochin, pour un gonflement douloureux du membre supérieur droit.

A l'examen on constate un œdème blanc, dur, ne gardant pas l'empreinte du doigt, avec réseau collatéral. Cet œdème s'étend à la main, à l'avant-bras, au bras ; le long de la face interne du bras, dans la région du paquet vasculo-nerveux, on constate une tuméfaction allongée, un empâtement très dur où il est impossible de dissocier les organes du paquet.

La malade commença à ressentir, vers le 20 janvier 1913, une sorte de lassitude dans les deux bras à la suite de ses travaux, mais plus marquée dans le bras droit, avec une sensation de courbature dans les masses musculaires de la partie antérieure du bras.

Le 2 février, le bras commença à gonfler rapidement, en même temps que s'accroissaient les phénomènes douloureux dans la région du paquet vasculo-nerveux.

La malade se sentant de la fièvre, prit sa température et

constata qu'elle était montée à 39° 6. La température persista quatre ou cinq jours au dire de la malade.

Le 2 février, elle consulta un médecin qui porta le diagnostic de phlegmon et lui fit prendre des bains de bras chauds au sublimé. Elle prit des bains pendant un mois ; la douleur était soulagée mais le gonflement ne diminuait pas notablement.

Le 8 mars, elle vint consulter à Cochin.

Antécédents personnels : syphilis à l'âge de 20 ans. Plaques muqueuses de l'an us et du vagin ; syphilis diagnostiquée à Broca. On lui fit une série de piqûres ; elle dut y retourner un an après pour récidives de plaques muqueuses. Deux nouvelles séries de piqûres furent faites.

A l'âge de 36 ans, elle présenta des douleurs articulaires multiples restant localisées au genou ; ces douleurs ne l'obligèrent pas à s'aliter. Elle n'avait pas de fièvre. Pendant dix mois elle alla se faire soigner régulièrement à la Salpêtrière ; on lui fit de l'électricité sur les membres inférieurs. A 37 ans, fluxion de poitrine du côté droit. Pendant quatre ou cinq ans, à la suite, elle tousse, mais n'a jamais craché de sang. A 47 ans, nouvelle congestion pulmonaire à droite.

Le 8 mars, on fait faire à la malade une série de piqûres intra-musculaires de biiodure de mercure : 1 cgr. tous les deux jours et on lui prescrit trois grammes d'iodure de potassium par jour.

15 mars 1913, la malade revient après quatre piqûres. L'œdème du membre supérieur a beaucoup diminué et surtout sur la face interne du bras, on trouve, au lieu de la tuméfaction dure et diffuse signalée plus haut, des cordons isolés qu'il est facile de suivre jusqu'au pli du coude.

22 mars 1913, l'amélioration est encore accentuée. Il n'y a pour ainsi dire plus d'œdème de la main et de l'avant-bras ; l'empatement de la face interne du bras a diminué

considérablement ; il persiste un œdème encore assez net à la face postérieure de l'avant-bras. On continue les piqûres 2 cgr. de biiodure tous les deux jours et même dose d'iodure de potassium à l'intérieur.

5 avril 1913, la malade a été soumise au massage et à l'immobilisation ; les mouvements du coude redeviennent possibles ; l'amélioration persiste ; l'œdème est presque disparu ; on cesse les piqûres.

21 avril 1913, la malade n'accuse plus que des douleurs insignifiantes et passagères ; on sent encore une légère induration sur la face interne du bras sur une très petite étendue ; les articulations sont parfaitement souples ; on reprend les piqûres.

Le 17 mai 1913, la malade revient après la 2^e piqure de la deuxième série ; elle ne souffre plus du tout. On ne trouve plus de traces de lésions du bras ; on continue les massages.

**Phlébite syphilitique du membre supérieur. — RIMBAUD
et REVEILHE**

Le nommé M..., âgé de 36 ans, employé de commerce entre le 21 novembre 1908 dans le service de M. le professeur Grasset. Il se présente à nous avec le bras droit volumineux et œdématié. La maladie a débuté il y a un mois, le 20 octobre. Depuis quelques jours, le sujet ressent un peu de gêne, de lourdeur dans le membre supérieur droit, lorsque, ce jour-là au réveil, il remarque un gonflement considérable de tout le bras. Il va consulter son médecin. Celui-ci nous dit dans une note qu'à ce moment là le bras droit était très œdématié et notablement augmenté de volume. La mensuration comparée des deux bras montra que celui-ci au niveau de la partie la plus

saillante du biceps avait 10 c.m de circonférence de plus que le bras gauche au même niveau.

La main était violacée et sur la peau du bras on voyait quelques tâches rougeâtres disséminées. Et le médecin ajoute lui-même : « Les veines superficielles ou plutôt tout le réseau veineux superficiel était devenu turgescant, ce qui indiquait une gêne circulatoire manifeste ». Le malade ne souffrait pas. Il accusait seulement une certaine gêne dans le membre qui était absolument impotent et qu'il ne pouvait déplacer qu'en s'aidant de l'autre bras. Cet état reste stationnaire pendant huit à dix jours. Puis, il se fait une diminution progressive de l'œdème et du gonflement des membres.

A son arrivée à l'hôpital, le malade que nous voyons assis, a le bras malade légèrement fléchi, appuyé sur la jambe, les vêtements jetés sur l'épaule. Il peut se déshabiller lui-même et met à nu son membre supérieur droit qui nous apparaît encore nettement œdématié. Le dos de la main et l'avant-bras présentent un certain degré de gonflement, mais la tuméfaction est beaucoup plus considérable au niveau du bras et surtout du moignon de l'épaule. Le membre prenant ainsi nettement l'aspect d'un membre « à gigot ». On constate aussi un certain degré d'œdème dans la région de l'omoplate, sous l'aisselle et au niveau de la partie la plus externe de la paroi antérieure du thorax.

La peau est blanche, lisse. L'œdème résiste sous le doigt et ne donne pas de godet à la pression. Cette pression n'est pas douloureuse et les mouvements passifs transmis au bras et à l'épaule sont complètement indolores.

La température du membre est normale : elle est égale à celle du membre supérieur gauche. Le pouls est bien frappé et paraît avoir une énergie sensiblement égale des deux côtés. Cependant, la tension artérielle au Potain est

moindre à droite où elle n'est que de 14 c. pour 17 c. à gauche.

Les diverses fonctions se font bien. Rien au tube digestif. Du côté des poumons, un léger degré d'emphysème. Pour le cœur, au foyer aortique, un certain degré d'éclat diastolique. Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

Lentement l'œdème diminue. Cependant, une semaine après son entrée à l'hôpital, le gonflement de la main et de l'avant-bras ont déjà complètement disparu ; seule persiste la tuméfaction du bras et de l'épaule.

La mensuration effectuée le 28 novembre donne :

Niveau des mensurations		M. Sup. D.	M. Sup. G.
Circonférence du bras	} bras horizon. — vertical	47	43,5
à sa racine		40	37
Au-dessous de l'aisselle		37	34
Au milieu du bras		33,5	31,5
Au coude		27	24,5
Au milieu de l'avant-bras		24,5	24
Poignet		18	17

Comme on le voit par ces mensurations, la partie supérieure du membre droit était à ce moment là beaucoup plus volumineuse que la partie correspondante du membre gauche.

Tandis que les chiffres des segments inférieurs sont très voisins, l'avant-bras et le poignet droit ne dépassent les dimensions de l'avant-bras et du poignet gauche que de $\frac{1}{2}$ à 1 c/m., différence qui est presque physiologique, puisqu'elle est en faveur du membre supérieur droit. Au niveau du bras et de l'épaule, le côté droit l'emporte de trois centimètres à trois centimètres et demi.

Le malade sort le 7 décembre ; il se considère comme guéri. La racine du membre supérieur droit est encore légèrement œdématisée ainsi que la région de l'aisselle. La

main est absolument normale. Tous les mouvements sont possibles.

Nous nous trouvons en présence d'un homme de 36 ans, robuste et sans infirmités. Son père et sa mère sont bien portants. Un enfant en bonne santé. Femme bien portante, pas de fausses-couches. Deux sœurs dont l'une a présenté des troubles mentaux. Il a eu une variole à l'âge de cinq ans. Etant au régiment, il a fait quelques accès de paludisme, et à l'âge de 30 ans, a été atteint d'une affection pulmonaire à laquelle il attribue son emphysème.

Il y a sept ans, notre malade a eu un chancre syphilitique et des accidents secondaires bien caractérisés. Sa syphilis a été moyennement traitée. Première année : pilules de protoiodure ; deuxième année : sirop de Gibert ; troisième année : iodure de potassium. Il s'est marié à la quatrième année de sa syphilis.

Notre malade a été soumis aux injections mercurielles, dès les premiers jours des accidents phlébitiques (son médecin le savait syphilitique et le croyait atteint d'artérite). Dès son entrée à l'hôpital le traitement a été rigoureusement appliquée. 2 cgr. de biiodure de mercure en injections intra-musculaires. L'amélioration a été progressive et rapide. A sa sortie 50 jours après le début des accidents, et 15 jours après son entrée à l'hôpital, le malade peut être considéré comme guéri.

Phlébites syphilitiques précoces

La phlébite syphilitique précoce est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement. Comme elle ne se révèle par aucun symptôme tagueur, il est probable que de nombreux cas sont passés inaperçus.

Elle se manifeste dès les premiers temps de l'infection ; elle a été constatée peu de jours après l'apparition du chancre, avant toute manifestation secondaire ; en général elle débute en pleine éruption secondaire au moment où l'infection semble la plus généralisée dans les trois mois qui suivent l'apparition du chancre. Plus rarement, sept ou dix mois après.

L'âge du sujet ne paraît pas avoir d'influence. C'est entre 20 et 42 ans, période pendant laquelle les contaminations sont les plus fréquentes. Il semble, d'après les observations publiées, qu'on la rencontre plus rarement chez la femme que chez l'homme. Ce dernier, a-t-on dit, est plus exposé aux travaux de force, à la fatigue, à la station debout prolongée qui sont les facteurs de localisation de l'infection syphilitique sur le tissu veineux ; il y a

lieu toutefois de faire quelques réserves, car, dans des cas très nombreux, le malade n'avait subi aucun surmenage, plusieurs même gardaient le lit quand la **phlébite** les surprit.

Les varices ne paraissent pas favoriser l'apparition de la phlébite syphilitique, l'alcoolisme, plus fréquent chez l'homme, aurait peut-être un rôle adjuvant dans l'apparition de cette affection.

Dans la majorité des cas l'évolution de la syphilis était normale, les manifestations spécifiques n'avaient présenté rien de spécial ; dans certains cas, on a noté une tendance à la multiplicité des lésions viscérales.

Début : Le début est le plus souvent insidieux. La phlébite s'installe et ne se traduit par aucune douleur spontanée, nous avons déjà insisté sur ce mode de début qui explique la rareté des observations par rapport au grand nombre de syphilitiques. Ce n'est que par une exploration méthodique et systématique des veines des membres que l'on arrive à provoquer une sensation douloureuse le long des cordons veineux. Quelquefois cependant, l'attention du malade a été attirée par une sensation de gêne, de lourdeur dans le membre atteint, des crampes musculaires nocturnes, des fourmillements qui ont été mis par le médecin sur le compte des algies périphériques secondaires si fréquentes au cours de la syphilis.

La **phlébite** *siège* le plus souvent sur une veine superficielle des membres, la saphène interne par

exemple. C'est ce type clinique que nous allons prendre pour la clarté de la description.

A l'*inspection*, on trouve le membre atteint en position et de volume normaux ; quelquefois, on peut percevoir sur le trajet veineux, une légère traînée rosâtre, lymphangitique, large d'un bon travers de doigt. C'est là un phénomène des plus inconstants qui manque souvent et la simple inspection ne révèle aucun symptôme, la circulation collatérale superficielle faisant ordinairement défaut.

A la *palpation* légère, on perçoit un cordon veineux, dur, régulier, ou moniliforme, variant du volume d'une plume d'oie à celui d'un crayon et s'étendant soit sur toute la longueur du canal veineux, soit seulement sur une partie de celui-ci, sans adhérence à la peau qui les recouvre, pas plus qu'aux muscles et aux aponévroses qui forment son lit.

M. le Professeur Fournier distingue, à ce propos, trois cas possibles, tantôt la lésion est limitée à une petite portion de la veine, tantôt elle atteint toute la partie répondant à un segment de membre, tantôt enfin, mais plus rarement, la veine est prise dans sa totalité, de son origine à sa terminaison.

M. Roussy a proposé d'appeler la première variété *phlébite syphilitique partielle*, la deuxième *phlébite segmentaire*, et la troisième *phlébite totale*. Enfin, dans les cas où elle est moniliforme présentant des segments indurés, séparés par une partie saine, *phlébite fragmentée*.

Quelquefois, on observe un peu d'augmentation

de la température locale accompagnant, dans certains cas, un œdème léger et fugace localisé surtout aux malléoles et à la face postérieure de la jambe, que la palpation permet de déceler.

Les *symptômes fonctionnels* de la phlébite précoce sont habituellement discrets, parfois les malades n'éprouvent qu'une gêne dans les mouvements qui peut même ne pas les empêcher de marcher ; dans d'autres cas, seule, la pression au niveau de la veine thrombosée permet de réveiller la douleur qui, localisée, s'irradie rarement dans tout le membre. Dans la majorité des cas, répétons-le, la douleur est atténuée. Il est très rare de la voir atteindre le degré d'intensité auquel elle parvient dans les phlébites ordinaires. Dans quelques cas exceptionnels elle présentait des exacerbations nocturnes.

On ne rencontre pas de phénomènes nerveux objectifs ni de troubles trophiques musculaires ou articulaires comme dans les phlébites ordinaires.

Les *signes généraux* sont également très discrets ; on peut observer pendant 24 ou 48 heures une légère poussée fébrile, mais jamais le cortège habituel des symptômes généraux graves.

EVOLUTION. — L'évolution de la phlébite syphilitique précoce est peut-être ce qu'il y a de plus caractéristique dans cette affection ; comme le fait remarquer le Professeur Fournier « *elle débute brusquement avec une modalité subinflammatoire, puis, très rapidement, elle tourne court pour verser dans*

une modalité froide où elle ne consiste plus qu'en une induration plastique de la paroi vasculaire.

» Peu de phlébites évoluent sous cette forme. »

Malgré cette bénignité, l'affection évolue lentement. Sa *durée* est de 4 à 6 semaines comme celles des phlébites infectieuses en général. La guérison est la règle et l'affection ne laisse pas de traces de son passage.

En effet, ce qui fait la gravité des phlébites en général, les complications parfois si redoutables telles que *l'embolie* ne viennent que très rarement troubler l'évolution de la phlébite syphilitique. On ne signale que le cas de JULLIEN où d'ailleurs l'embolie fut très bénigne. C'est là un phénomène vraiment très remarquable et qui suffit à individualiser la maladie.

Le *pronostic* est donc essentiellement bénin ; l'efficacité du traitement antisiphilitique certaine.

Les *récidives* de la phlébite syphilitique ont été observées dans plusieurs cas ; elles sont assez fréquentes. Dans ces cas de reprises, la lésion peut atteindre successivement des veines différentes. Ces récidives ne paraissent pas avoir une gravité plus grande, elles cèdent facilement au traitement. Cette tendance marquée aux récidives est encore une particularité de la phlébite précoce.

La phlébite syphilitique précoce revêt certaines *modalités cliniques* variables suivant la localisation et suivant le nombre des veines atteintes.

En général, la phlébite siège sur les veines super-

ficielles des membres ; c'est la forme superficielle que nous connaissons et qui est de beaucoup la plus commune.

Elle siège, soit aux membres inférieurs, en particulier sur la veine saphène interne, soit aux membres supérieurs ; ici, les symptômes sont peut-être encore plus discrets et c'est la veine céphalique du bras qui est presque complètement prise. L'œdème manque souvent, la douleur est légère, nulle quelquefois, et ce n'est que par hasard que l'on découvre, au niveau du bras, la présence d'un cordon thrombosé. D'autres fois enfin, ce sera la légère impotence fonctionnelle qui attirera l'attention sur le bras malade.

Les phlébites des veines profondes sont beaucoup plus rares ; elles existent cependant et peuvent revêtir la forme clinique de la phlegmatia alba dolens. Elles atteignent également les veines des membres supérieurs et des membres inférieurs.

Il est très rare que la phlébite précoce se localise uniquement à une seule veine ; elle intéresse souvent plusieurs veines d'un même membre et quelquefois les veines de plusieurs membres ; *cette multiplicité des veines atteintes* est bien spéciale à la syphilis et ne se voit guère dans les affections susceptibles de provoquer des phlébites : le plus souvent les lésions sont bilatérales et se font en des points symétriques. Les différentes veines sont atteintes d'une façon simultanée ou à de courts intervalles :

on a signalé des cas de phlébite syphilitique à poussées successives.

L'*histologie pathologique* est établie actuellement par plusieurs examens pratiqués après biopsie de veines thrombosées et qui montrent que la phlébite syphilitique ne présente pas une formule anatomo-pathologique caractéristique.

Dans un examen de MM. Thibierge et Ravaut, la lumière de la veine, est obturée par un caillot qui, par endroits, paraît nettement séparé de l'endothélium par de petits espaces clairs et qui, sur la plus grande partie de sa base d'insertion paraît solidement fixé à la tunique interne. Ce caillot donnait l'impression d'un caillot déjà ancien.

La *couche endothéliale* est normale, sans aucune altération ; la *couche sous-endothéliale* a proliféré dans la lumière de la veine sous forme de bourgeons saillants les uns coniques, les autres cylindroïdes, d'autres de forme irrégulière.

Ces bourgeons ont des hauteurs différentes et peuvent grossièrement être comparés à des villosités faisant saillie à l'intérieur de la cavité intestinale. Ils donnent ainsi à la lumière du vaisseau l'aspect d'une *fente étoilée*. Ils sont recouverts sur toute leur surface par l'endothélium sain. Ces bourgeons ont pour base la membrane limitante élastique interne, presque régulièrement circulaire et nullement dilacérée. Elle n'épouse pas les sinuosités des bourgeons. Ceux-ci sont essentiellement constitués par un relief de tissu conjonctif dense

fibroïde, ayant un peu l'aspect du tissu muqueux, parsemé de fibres musculaires lisses réunies en petits faisceaux parallèles à l'axe du vaisseau.

Dans ces bourgeons pas de vaisseaux, pas de fibres élastiques. La couche sous-endothéliale est donc infiltrée de tissu conjonctif et très nettement augmentée d'épaisseur.

La *tunique musculaire* ne présente pas de modifications appréciables, quelques mononucléaires dans les espaces interstitiels.

Dans la *tunique externe*, le tissu cellulaire est normal, émaillé de cellules adipeuses et très vascularisées, les vasa vasorum sont béants et ne sont pas entourés d'ilôts lymphatiques péri vasculaires. Les vaisseaux pénètrent dans la couche moyenne et n'arrivent pas jusqu'aux fibres musculaires de la couche sous-endothéliale.

Il résulte de cet examen et de ceux des auteurs que les lésions veineuses sont essentiellement caractérisées par une infiltration de tissu conjonctif dans la couche sous endothéliale de la veine, donnant lieu à la formation de bourgeons saillants qui rétrécissent la cavité du vaisseau et lui donnent l'aspect d'une fente étoilée à plusieurs branches.

La présence d'un caillot intra-vasculaire est inconstante ; le caillot quand il existe est solidement fixé à la tunique interne, ce qui explique pourquoi les embolies sont très rares au cours de la phlébite syphilitique.

L'infiltration des tuniques muqueuses et externe est fréquente.

Toutes ces recherches anatomo-pathologiques d'un grand intérêt ne donnent pas la démonstration de nature spécifique de cette phlébite. On pensait que les phlébites syphilitiques étaient régies par la même pathogénie que les phlébites infectieuses, qu'elles avaient une origine microbienne comme Widal et Vaquez l'avaient montré pour ces dernières.

Ce n'était que par la constatation de la présence du tréponème dans la paroi veineuse que l'on pouvait identifier de façon absolue cette affection. C'est ce qu'ont fait MM. THIBIERGE et RAVAUT : nous reproduisons ici une partie de leur communication :

« Le 8 mars, nous pratiquons l'extirpation d'un
« fragment de 5 c/m de long de la veine saphène
« interne droite entre deux ligatures.

« A l'examen du fragment de veine excisé. La
« veine excisée forme un cordon souple donnant
« la sensation d'une tige de caoutchouc plein de
« 3 m/m de diamètre environ.

« A la coupe, elle est presque complètement obli-
« térée et on trouve avec peine au centre un vestige
« de sa cavité.

« La veine est sectionnée aseptiquement suivant
« sa longueur ce qui permet de constater qu'elle ne
« contient ni caillot, ni sang liquide, mais seule-
« ment une certaine quantité de sérosité qui sort
« sous la pression du vaccino-style.

« *Recherche du spirochète.* — Des frottis sur la-
« me de la paroi interne de la veine sont examinés
« à l'ultra-microscope ; on constate au milieu de-
« débris cellulaires sur différents champs 5 spiro-
« chètes ayant tous les caractères du spirochète pal-
« lida dont deux seulement sont animés de mouve-
« ments propres ; on n'y rencontre aucun microbe
« ni aucune autre forme de spirilles ou de filaments
« spiraleux.

« Trois autres frottis recueillis de la même façon
« sont colorés à la lachine et ne permettent de cons-
« tater que 2 spirochètes très nets.

« *Inoculation au Singe.* — Aussitôt après l'exci-
« sion de la veine, on inocule un macaque rhesus
« en deux points différents préalablement scarifiés,
« au niveau de la région orbitaire droite et au bord
« libre de la paupière supérieure droite, avec de la
« sérosité provenant de la cavité centrale de la vei-
« ne, et par fraction directe de petits fragments de
« la veine.

« Le 1^{er} avril, 24^e jour après l'inoculation, appa-
« rait au niveau de la région orbitaire une macule
« rouge jambonnée, de 5 m/m sur 3 m/m environ ;
« cette macule est légèrement surélevée du fait de
« l'infiltration du tégument. Rien n'est visible au
« niveau de la paupière.

« Le 2 avril, 25^e jour après l'inoculation, la lésion
« du rebord orbitaire devient plus nette. Au niveau
« du bord libre de la paupière, au point où ont été

« faites les scarifications, apparaît un œdème rouge
« foncé.

« Les 3, 4, 5 avril, les lésions s'accroissent.

« Le 6 avril la lésion du rebord orbitaire diminue
« d'intensité et c'est le siège d'une légère desqua-
« mation. La lésion du bord libre de la paupière est
« également moins nette.

« Aujourd'hui 8 avril, les lésions se sont encore
« légèrement atténuées ; elles sont encore cepen-
« dant très nettes surtout celles du bord libre de la
« paupière. Cette région permettant la comparai-
« son avec le côté opposé reste indemne.

« Ces lésions expérimentales sont absolument su-
« perposables et par leur incubation et par leur ca-
« ractère objectif à la description que nous avons
« donnée en 1905 de la syphilis expérimentale de
« la paupière des singes macaques.

Thrombo-Phlébite nodulaire

Erythème noueux syphilitique.

La thrombo-phlébite nodulaire doit être rattachée aux phlébites précoces. On l'a pendant longtemps considérée comme une phase intermédiaire entre les accidents secondaires et la gomme, ou bien comme une affection du tissu cellulaire sous-cutané.

Ce sont les travaux de l'école allemande, Philipson, Marcuse, Blaschko, Hoffmann, les travaux français de Mauriac, Jullien, Darier et Civatte, avec les examens histologiques qu'ils comportent qui ont mis en lumière cette manifestation de la syphilis veineuse précoce.

La thrombo-phlébite nodulaire débute à la période des accidents secondaires. *Son début* est le plus souvent insidieux, rarement quelques phénomènes douloureux, un peu d'impotence fonctionnelle, attirent l'attention du médecin et du malade. Ce n'est

souvent qu'après une palpation minutieuse que l'on perçoit des nodosités sur les membres.

Ces *nodosités* ont une forme ovalaire, arrondie, leur volume peut aller d'un grain de raisin à un pois, mais n'atteignent pas un noyau de cerise. Leur consistance est ferme, dure même, leur limitation est facile ; ils ne sont pas compris dans une gangue d'œdème, leur mobilité sur les plans aponévrotiques est complète et on peut les déplacer d'un ou de plusieurs centimètres. Ils sont mobiles également sous la peau, qui peut, sans difficulté être pincée au-dessus d'eux. Les téguments n'offrent aucun changement de coloration à leur surface. On a signalé quelques cas rares où il y avait des tendances à l'adhérence.

Les nodules peuvent être en assez grand nombre, on en a noté 15 dans le cas de Darier et Civatte ; Julien dit que leur nombre est pour ainsi dire indéfini. Ils sont répartis sur les membres tout en évitant la racine et les extrémités ; il semble qu'ils soient plus fréquents sur les membres inférieurs.

Il n'y a pas d'œdème, pas de dilatation des vaisseaux en amont. *Les troubles fonctionnels et les troubles généraux* sont à peu près insignifiants. La palpation arrive à déterminer sur les veines un peu de sensibilité mais il n'y a pas de douleurs irradiées.

L'évolution, sous l'influence du traitement anti-syphilitique paraît être relativement rapide : un mois à deux mois. Toutefois, il peut persister pen-

dant très longtemps une très légère induration. Jullien signale des cas où la lésion abandonnée à elle-même a persisté pendant de très longues années avec tendances à la récurrence. Ces poussées successives étaient accompagnées d'une légère ascension fébrile et d'une grande sensibilité au niveau des lésions, c'est là une rareté.

Les recherches histologiques ont contribué à fixer les caractères de ces nodosités et ont montré qu'il s'agissait de phlébite des veines hypodermiques, phlébite d'un caractère spécial comme l'a démontré l'examen de MM. Darrier et Civatte que nous rapportons ici.

La tumeur extirpée était de la dimension d'un pois ; elle était enveloppée de plusieurs fascias fibreux, de forme ovoïde ; elle se continuait par un cordon, qui, à la section présentait une apparence de lumière centrale. L'examen histologique permit de constater qu'il s'agissait d'une veine.

Les coupes ont montré que l'endo-phlébite oblitérante était un phénomène accessoire, qu'une véritable néoplasie oblitère la cavité et infiltre la paroi veineuse ; elle détruit la tunique musculaire, se substitue à elle, et vient en certains points au contact de l'adventice ; ailleurs, elle dissocie seulement les fibres musculaires et les refoule devant elle. La membrane sous-endothéliale a résisté. L'examen du tissu néoformé montre que la syphilis est en cause. Sur un point de la coupe, on voit qu'il est composé de plasmazellen juxtaposées et groupées autour des

capillaires sanguins dilatés, à parois un peu épaissies, réalisant le schéma de l'infiltration syphilitique secondaire. En bien des points, elle n'est composée que de tissu conjonctif vasculaire avec quelques cellules géantes rappelant l'endo-phlébite banale, ce qui peut s'expliquer par une régression des lésions à la suite du traitement subi.

Ces lésions suffisent pour dire qu'il s'agit d'un syphilome.

Les auteurs concluent en disant que ce syphilome né dans la paroi veineuse, par son développement oblitére et rétrécit le calibre des vaisseaux donnant lieu secondairement à la formation d'un thrombus. L'endo-phlébite est de nature banale, c'est la péri-phlébite qui est le phénomène principal.

Le point important est qu'il y a là une manifestation syphilitique et de nature secondaire.

Phlébites syphilitiques tardives

Nous allons essayer de fixer maintenant les principaux caractères de la phlébite tardive d'après notre observation personnelle et les observations similaires.

Elle apparaît chez les sujets qui ont contracté la syphilis depuis plusieurs années. 7 ans, d'après l'observation de Rimbaud et Réveilhe, 20 ans observation personnelle, 34 ans, Roques.

Il ne semble pas que le sexe, la profession ou l'état général du sujet puissent avoir une grande influence. On a incriminé l'alcool, un traumatisme, un effort violent ou le surmenage. Nous avons déjà vu, à propos de la phlébite précoce les réserves qu'il était nécessaire de faire concernant ces différentes causes. La syphilis suffit pour expliquer ces manifestations phlébitiques.

Les *veines profondes* semblent être plus souvent prises. Il s'agissait des veines humérales dans notre observation, des veines poplitée et tibiale postérieure dans celle de Roques.

Il en est d'ailleurs souvent ainsi dans la syphilis, les lésions tardives sont régionales et profondes alors

que les lésions précoces sont plus légères et diffuses. De plus, on n'observe guère la multiplicité des veines atteintes comme dans la phlébite précoce.

Le *début*, s'annonce en général par des douleurs dans le membre atteint. Le malade ressent en même temps de la gêne, de la pesanteur ; rapidement s'installe l'impotence fonctionnelle et l'augmentation de volume du membre apparaît.

C'est alors que l'attention du malade est attirée par ces troubles qui l'amènent à consulter le médecin.

Il est fréquent de constater une légère réaction fébrile qui peut même être marquée dans certains cas et atteindre 39 et plus.

Ce cortège de *symptômes fonctionnels* et *généraux* est *constant* dans les phlébites tardives et ce mode de début est à opposer au début le plus souvent insidieux des phlébites précoces.

A l'*examen du membre*, on est frappé par sa déformation causée par l'œdème. Elle est peut être très marquée, puisque l'on a pu noter une différence de 10 cent. de circonférence par rapport au membre sain.

La déformation dépend de la disposition de l'œdème, dans certains cas l'œdème est généralisé à tout le membre, d'autres fois plus accentué à la racine, il est en rapport avec la veine lésée.

C'est un *œdème blanc*, sillonné d'un réseau veineux dû à la turgescence des veines superficielles.

La *palpation* permet de se rendre compte de sa

résistance, il est dur et ne garde pas l'empreinte du doigt. Quand l'œdème et la disposition de la veine le permettent, on peut percevoir une *tuméfaction* allongée, un empâtement très dur qui correspond au paquet vasculo-nerveux qui semble plongé tout entier dans une gangue d'œdème. On ne peut en dissocier les éléments.

La tuméfaction s'étend en général sur une très grande partie du segment veineux. La veine peut être atteinte dans son entier.

Les *symptômes fonctionnels* du début augmentent ; l'impotence est marquée ; ce sont de véritables douleurs qui font place à la gêne du début, douleurs spontanées qui peuvent être exagérées par la palpation et qui peuvent avoir des exacerbations nocturnes.

On ne note pas de modifications de la sensibilité ni de troubles trophiques ou articulaires.

Les *symptômes généraux* ne sont pas très accentués, l'élévation de la température du début peut persister pendant quelques jours.

L'évolution de la phlébite est assez lente. Sous l'influence du traitement antisyphilitique, l'œdème diminue lentement ; l'empâtement perçu au niveau du tronc veineux tend à se résorber ; on arrive à isoler le cordon veineux ; la circulation collatérale disparaît ; ce n'est qu'au bout de 6 à 8 semaines que tout rentre dans l'ordre : il semble que l'on obtienne une guérison complète.

Dans les cas publiés, on n'a pas noté de compli-

cations au cours de l'évolution ; il n'y a pas eu de poussées successives frappant des veines diverses.

L'évolution, sous l'influence du traitement s'est faite d'une façon progressive vers la guérison.

Les récidives n'ont pas été observées.

Les accidents emboliques ont manqué, et cependant les malades n'étaient pas soumis au repos absolu puisque notre malade venait à l'hôpital tous les deux jours pour les piqûres.

Ce fait, déjà noté dans la description de la phlébite précoce est vraiment caractéristique de la syphilis veineuse.

Histologie Pathologique

L'histologie pathologique de cette phlébite tardive nous a été fournie par Roques dans sa thèse, à propos d'un cas de cyanose douloureuse intermittente du gros orteil, d'origine syphilitique, chez un homme de 54 ans ayant contracté la syphilis à l'âge de 20 ans. L'affection évolua vers la gangrène et nécessita l'amputation de la cuisse au tiers moyen. L'artère fémorale était oblitérée par un thrombus, ainsi que toutes les artères de la jambe ; le paquet vasculo-nerveux converti en une sorte de tractus compact et dur, d'où les vaisseaux n'étaient pas isolables. Les coupes faites dans ce tractus, montrèrent au microscope, que la veine poplite et les veines tibiales avaient subi, comme les artères, le processus inflammatoire. Nous donnons le résumé des deux examens publiés.

« Sur une coupe transversale de la veine poplitée, la veine apparaît avec une lumière irrégulière et figurant assez bien une étoile à 4 branches. La lumière est totalement oblitérée par un caillot cruorique en voie d'organisation. Les parois de la veine, sont dans leur ensemble, notablement épaissies et

cela d'une façon irrégulière. Le caillot obturateur, de couleur brun jaunâtre, paraît adhérer d'une façon intime à la lumière du vaisseau.

Du côté de l'endoveine, on trouve qu'il n'existe plus de revêtement endothélial reconnaissable. Sur la moyenne partie de la circonférence interne du vaisseau, la tunique interne n'existe plus avec ses caractères anatomiques propres ; elle est remplacée par un tissu d'épaisseur à peu près égale dans tous les points. Ce tissu contient de petites cellules, les unes arrondies et les autres allongées ou fusiformes, séparées entr'elles par l'interposition d'une substance intercellulaire d'apparence fibrillaire présentant sensiblement la réaction du tissu conjonctif. En un point, la tunique interne de la veine forme un épaississement considérable faisant saillie dans la lumière du vaisseau. Dans cet épaississement on note des cellules rondes, des cellules fusiformes et des éléments étoilés présentant un nombre variable de prolongements. Ces cellules sont séparées par une substance intercellulaire abondante et fibrillaire.

La *tunique interne* est nettement séparée des autres tuniques de la veine par une couche élastique continue et richement ondulée ; en dehors de cette membrane élastique, les autres tuniques paraissent confondues et présentent un aspect sensiblement analogue entre elles. Ces tuniques sont constituées par du tissu conjonctif dense, très abondant, enve-

loppant un grand nombre de cellules de formes très diverses.

En plusieurs points de la limite externe de la veine, les éléments élastiques présentent une raréfaction notable.

L'ensemble des tuniques moyenne et externe présente des variations d'épaisseur très marquées suivant les points considérés.

Dans l'adventice, tous les vasa vasorum apparaissent avec des parois généralement épaissies. En aucun point on ne peut déceler de cellules géantes. »

Le deuxième examen microscopique pratiqué sur une coupe qui intéresse la tibiaie postérieure à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la veine, donne des résultats à peu près analogues.

En résumé, ce qui domine surtout dans ces lésions veineuses, c'est une infiltration du tissu conjonctif qui s'étend aux différentes tuniques mais qui atteint surtout la tunique interne.

Le caillot est toujours très adhérent à la surface interne du vaisseau.

Ces caractères sont analogues à ceux que l'on rencontre dans la phlébite syphilitique précoce. Il est probable que dans ces cas, la découverte du tréponème dans l'épaisseur des tuniques veineuses apporterait la caractéristique anatomique de l'affection.

De cet exposé, il résulte que les manifestations phlébitiques que nous venons d'étudier se rapprochent des phlébites secondaires par leurs caractères histologiques mais que leurs caractères cliniques

et leur date d'apparition permettent d'en faire une catégorie distincte. Elles s'opposent nettement au point de vue anatomo-pathologique aux phlébites tertiaires décrites par les classiques. Ce sont ces considérations qui nous ont conduit à la distinction en phlébites *précoces* et *tardives* pour l'étude des manifestations veineuses de la syphilis.

Pour compléter notre exposé, il est utile d'examiner les caractères des lésions veineuses de la syphilis tertiaire décrites par les classiques.

M. Vaquez a fait de la phlébite tertiaire une étude synthétique très complète. « Il est difficile, dit cet auteur, d'attribuer à l'aide des observations connues, des symptômes fixes et constants à la phlébite tertiaire. Elle reste plutôt une lésion qu'une maladie et souvent elle est une trouvaille d'autopsie sans histoire clinique. »

Les *phlébites tertiaires* peuvent siéger sur les veines superficielles et sur les veines profondes des membres du cou.

Sur les *veines superficielles* l'affection se manifeste sous forme d'un noyau dur, rarement enflammé, disposé suivant le trajet d'une veine et allongé dans le sens du vaisseau.

La peau ne présente à ce niveau aucune modification apparente.

Les *symptômes fonctionnels* se traduisent par une légère sensation pénible à la pression, dans quelques cas par des douleurs spontanées et une gêne relative des mouvements.

L'évolution est extrêmement lente, la tumeur augmente de volume et sa consistance varie avec les modifications anatomo-pathologiques.

Aucune autre particularité de l'affection n'a été signalée, les caractères superficiels de la manifestation ayant toujours entraîné une intervention thérapeutique précoce.

Au niveau des veines profondes des membres et du cou, l'affection détermine des douleurs assez vives qui siègent au niveau de la production néoplasique et jointes à l'œdème elles peuvent entraîner rapidement une impotence fonctionnelle absolue.

A leur niveau, on peut constater un empâtement diffus qui donne tout-à-fait la sensation d'une tumeur adhérente aux plans profonds.

L'œdème et la circulation collatérale viennent souvent compléter le tableau clinique.

Ces symptômes n'ont aucune tendance à la régression spontanée et on a pu constater parfois les complications habituelles des phlébites, les embolies et les infections (Langenbeck).

L'anatomie pathologique nous montre que les lésions de la phlébite tertiaire sont caractérisées par le développement soit de la néoplasie circonscrite, soit plus rarement par une inflammation lente et diffuse aboutissant à une sclérose plus ou moins étendue (Vaquez).

Ces deux modalités sont désignées par le nom de

phlébite syphilitique gommeuse et phlébite syphilitique scléreuse.

La gomme siège indistinctement sur toutes les veines, aussi bien sur les veines sous-cutanées que sur les veines profondes, rarement sur plusieurs veines à la fois. C'est une lésion isolée ; elle prend toujours naissance aux dépens de la tunique adventice. Elle affecte la forme de tuméfaction d'un volume variant d'une noisette à un œuf d'oie. Les unes ovoïdes et allongées suivant le grand axe du vaisseau, les autres plus ou moins sphériques adhérentes au tissu de voisinage en faisant corps avec eux. Elles ont une consistance variable avec l'époque de leur évolution, rénitentes au début, fermes à un stade plus avancé.

Le plus souvent, la veine est entouré par le nodule gommeux. La lumière du vaisseau peut être rétrécie ou encore perméable ou bien obstruée par un trombus adhérent.

L'histologie montre que l'inflammation est caractérisée au début par le développement de cellules embryonnaires de plasmazellen qui s'accumulent dans la tunique externe. Tantôt l'infiltration est diffuse, étalée, envahissant uniformément la périphérie du vaisseau, tantôt, et c'est le cas le plus habituel, elle a tendance à former des nodules miliaires qui peuvent entourer une cellule géante. Ces nodules font saillie à l'extérieur, acquièrent des dimensions considérables et constituent ainsi de véritables gommages à évolution classique.

Le processus peut envahir toutes les tuniques et par leur infiltration progressive amener le rétrécissement et l'oblitération de la lumière du vaisseau.

La périphlébite est donc le phénomène initial. Il peut secondairement se développer une endophlébite banale de contiguité.

La phlébite scléreuse ne frappe guère les veines des membres, mais surtout les veines viscérales. Elle consisterait en plaques épaissies et calcifiées disséminées le long des veines. Les observations recueillies en sont d'ailleurs peu probantes ; les veines seraient recouvertes d'une membrane blanche et dure, les parois épaissies.

Au point de vue microscopique, les parties envahies se caractérisent par une prolifération cellulaire et néo-vasculaire du tissu conjonctif fondamental des membranes veineuses, dilatation des vasa-vasorum et tuméfaction mamelonnée de la membrane intérieure.

En résumé, qu'on ait affaire à de la sclérose ou à une gomme, la lésion initiale et essentielle est une périphlébite. L'endophlébite reste le plus souvent secondaire, inconstante et banale (Vaquez).

Diagnostic

Pour être amené à poser le diagnostic de phlébite précoce, il est nécessaire de pratiquer un examen minutieux et méthodique des membres des malades atteints de manifestations primaires et secondaires de la syphilis. Nous avons suffisamment insisté sur l'insidiosité du début au cours de la description pour savoir que de nombreux cas ont dû passer inaperçus.

Quand chez un syphilitique porteur de manifestations cutanées ou muqueuses, on constate l'existence d'un cordon induré sur le trajet anatomique des veines superficielles des membres, on pensera à la phlébite syphilitique : le diagnostic est alors relativement facile.

Les causes d'erreur sont possibles, surtout lorsque les accidents secondaires sont encore peu prononcés ou assez atténués pour passer inaperçus à un premier examen et que, d'autre part, les malades évitent de mettre le médecin au courant de leur affection spécifique antérieure. La forme torpide de l'affection qui ne s'accompagne de réactions fébriles qui évoluent en six semaines à deux mois sans

complications et qui a une tendance marquée à la diffusion, aux récidives et à la résolution spontanée contribuera à éclairer le diagnostic.

On ne peut que citer l'erreur qui consiste à prendre un tendon ou un bord tranchant d'aponévrose pour un cordon veineux. L'examen du malade couché en résolution musculaire suffit à l'éviter.

Plus délicate et plus difficile est à faire la différenciation entre la phlébite et la *lymphangite syphilitique* qui, elle aussi, forme un cordon plus ou moins allongé superficiel, parfois douloureux, et s'accompagnant de traînées rougeâtres cutanées. On comprend qu'on ait communément étiqueté lymphangite des cas de phlébite syphilitique.

Suivant le professeur Fournier, la lymphangite a pour elle un cordon induré partant et aboutissant à une région ganglionnaire dont les ganglions sont nettement tuméfiés. Ce cordon ne correspond pas exactement à un trajet veineux anatomique et l'on voit, à une petite distance, la veine sous-jacente bleuâtre; enfin, le cordon lymphangitique est habituellement moins douloureux à la palpation. La pression, exercée à la racine du membre sur une veine, amène une tumescence régulière de tous les vaisseaux veineux superficiels de ce membre; alors qu'en cas de phlébite, on voit nettement le point où siège l'obstacle au cours du sang: car, à partir de ce point, dans le sens centrifuge, les affluents viennent ne sont plus augmentés de volume: c'est le *signe de la compression de FOURNIER*.

En résumé, la connaissance du trajet anatomique de la veine et l'influence de la compression du membre sur le cordon induré sont les clés du diagnostic. « Malgré l'évidence de ces signes, dit JULIEN, il est pourtant avéré que la confusion a été commise fréquemment autrefois et c'est à cette erreur si générale que l'on est en droit d'attribuer, ce qui est étonnant au premier abord, que la phlébite syphilitique soit de connaissance relativement récente. »

Le diagnostic se pose dans des conditions tout à fait différentes quand, comme dans certains cas de phlébite précocce et surtout dans les phlébites tardives que nous avons décrites, le médecin se trouve en présence d'un membre atteint d'œdème blanc douloureux, avec circulation collatérale.

On a pu ignorer la phlébite et penser à un *phlegmon diffus*. Toutefois, la rougeur, les phytènes, le gonflement en masse de toute la région, donnent au membre malade un aspect tout différent. De plus, la palpation ne permet pas de déceler un empâtement profond localisé le long des veines. Les phénomènes généraux sont beaucoup plus marqués dans le phlegmon.

Dans d'autres cas, comme dans l'observation de Rimbaud et Reveille, le malade avait été considéré comme atteint d'*artérite*. L'absence de battements sur le trajet des vaisseaux, le refroidissement du membre et la tendance à la gangrène ne sauraient permettre de confondre cette affection avec la phlébite. On a noté (observation d'ETIENNE et LUCIEN

de Nancy) la coexistence des deux affections : artérite et phlébite syphilitique oblitérante des vaisseaux poplités. L'artérite avait été diagnostiquée et la phlébite ne fut découverte qu'à l'examen microscopique.

Le diagnostic de phlébite posé, il reste à en déterminer la nature. Il n'y a pas lieu, croyons-nous, de s'arrêter aux phlébites qui relèvent des maladies infectieuses ou des états cachectiques (tuberculose ou cancer). Deux formes de phlébites sont susceptibles de retenir l'attention : ce sont les *phlébites goutteuses* et les *phlébites rhumatismales*, car ce sont dans ces deux phlébites que les premiers observateurs classaient les cas de phlébite syphilitiques qu'ils avaient pu observer, hésitant pour la plupart à prononcer le mot de phlébite syphilitique.

La *phlébite goutteuse* s'annonce par un début brusque avec des douleurs très vives à recrudescence nocturne. Elle siège habituellement sur les veines superficielles du membre inférieur. Elle est le plus souvent symétrique. Elle est mobile, procède par poussées, disparaît d'un point pour apparaître à un autre. Au niveau de la lésion en évolution, la peau est rouge, violacée, la veine indurée offre une sensibilité exquise.

Ces caractères permettent de la différencier. De plus, elle survient souvent vers la fin des crises aiguës de goutte ; on a pu noter des cas d'embolie pulmonaire.

La *phlébite rhumatismale*, très rare peut donner

lieu à de réelles difficultés de diagnostic car, souvent, les manifestations locales sont identiques, mais la poussée phlébitique dans le rhumatisme est accompagnée d'une recrudescence dans les phénomènes fébriles et douloureux. De nombreux cas de phlébite chez les syphilitiques ayant des poussées de rhumatisme articulaire aigu ont pu laisser à juste titre les observateurs dans l'embarras du choix entre l'une et l'autre. Mais, si la polyarthrite fébrile, l'endo-péricardite ou la pleuresie ne viennent imposer le diagnostic, on se gardera d'étiqueter phlébite rhumatismale, des phlébites qui, le plus souvent ne sont dues qu'à la syphilis.

Après avoir examiné complètement et méthodiquement toutes les causes de compression ou d'inflammation veineuse, on est amené à penser à la syphilis. Il faut en rechercher les stigmates cutanés, gomme, cicatrices, les stigmates osseux ; enfin, procéder à un interrogatoire serré du malade pour établir les commémoratifs spécifiques.

On trouvera un appoint au diagnostic dans les cas douteux par la réaction de Wasserman positive ; enfin, l'heureuse influence du traitement dans l'évolution de la phlébite apportera une nouvelle preuve en faveur de sa nature syphilitique.

Nous allons maintenant examiner les différents diagnostics qui peuvent se poser en présence des nodosités des veines hypodermiques qui caractérisent la thrombo-phlébite nodulaire.

Il ne peut être question d'érythème noueux. La

topographie des éléments, le peu de douleurs qu'ils occasionnent, la parfaite mobilité, l'absence d'adhérence à la peau et de congestion érythémateuse, constituent trop de différence.

Cette même indépendance des productions nodulaires par rapport à la peau et aux parties profondes, écartent le diagnostic de *gomme syphilitique tertiaire*.

Une *lymphangite nodulaire* se traduit par une rougeur des téguments et un engorgement ganglionnaire qui fait toujours défaut dans la thrombo-phlébite.

La *myosite syphilitique* et ses petites nodosités dures, allongées, peuvent parfois en imposer, mais il suffit de faire exécuter au malade des mouvements actifs pour se rendre compte que ces tumeurs sont solidaires des muscles et se déplacent avec eux.

L'examen histologique, quand il est possible, montre qu'il s'agit d'une manifestation syphilitique secondaire.

Dans les cas de *gomme syphilitique veineuse*, les caractères de la gomme qui sont ceux d'une véritable tumeur avec tuméfaction adhérente et localisée sans phénomènes inflammatoires, ont pu faire songer à un néoplasme ou à un tuberculome.

Dans une des observations rapportées par Langenbeck, on posa le diagnostic de carcinome. L'intervention chirurgicale pratiquée montra que la tumeur était adhérente à la veine et l'examen mi-

croscopique que la syphilis était en cause. Dans une autre observation le diagnostic fut hésitant entre carcinome et sarcome. Là encore l'intervention et l'examen microscopique apportent les mêmes résultats que précédemment.

Ce n'est donc que par les commémoratifs, l'étude des lésions concomitantes qu'on peut arriver à avoir l'impression que la syphilis est en cause. Le traitement antisyphilitique viendra confirmer le diagnostic et en amenant la résolution de la tumeur évitera une intervention chirurgicale.

Traitement

Le traitement de la phlébite syphilitique doit être à la fois symptomatique et causal.

Quand la phlébite est déclarée, on mettra les malades au repos au lit qui permettra une guérison plus rapide. On prescrira des enveloppements ouatés du membre atteint, sans toutefois appliquer une immobilisation absolue dans une gouttière, sauf dans les cas où l'œdème est considérable. L'immobilisation sera maintenue aussi longtemps que persistent les symptômes douloureux, l'œdème et l'induration veineuse.

Dans les cas où les douleurs sont très vives on peut avoir recours à des applications calmantes (onctions belladonnées) ou de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque.

Plus tard, il faudra pratiquer une immobilisation méthodique et un massage prudent.

On doit instituer d'emblée, un traitement antisyphilitique dès que le diagnostic est fermement établi. Les malades doivent absorber du *mercure*. Il faut avoir autant que possible recours au traitement intensif.

Les frictions, les injections intra-musculaires d'huile grise, de calomel, de sublimé, de benzoate et de biiodure de mercure ont été employées par différents auteurs.

M. Thibierge a employé des injections intraveineuses de cyanure de mercure à raison de 1 cgr. tous les deux jours, essayant de réaliser ainsi un traitement à la fois local et général.

Les injections intra-musculaires et intra-veineuses d'arséno-benzol (606) de Ehrlich-Hata pratiquées chez deux malades par M. Ravaut, n'ont pas paru avoir une action plus rapide que les sels de mercure.

Dans les cas de phlébite tardive, l'association de la médication iodurée au mercure paraît avoir une heureuse influence.

L'iodure de potassium peut être employé à la dose moyenne de 2, 3, 4 gr. par jour.

Observations

Nous ne reproduirons pas ici les nombreuses observations de phlébite syphilitique précoce publiées dans la thèse de M. Gaillard. (Paris 1911).

Syphilides nodulaires hypodermiques

par MM. DARIER et CIVATTE

Il s'agit d'un homme de 36 ans, ouvrier vigoureux bien constitué, de grande taille, c'est un syphilitique à la période secondaire, avec multiplicité des accidents : syphilides cutanées érythémateuses, papulo-lenticulaires et papulo-croûteuses, croûtes sur le cuir chevelu, céphalées, diminution notable des forces, adénopathies intenses. De plus, on a constaté et étudié histologiquement des accidents syphilitiques secondaires siégeant dans l'hypoderme et se présentant sous l'aspect de nodosités dures, mobiles et indolentes. En même temps que les papules ou peu de jours après, se sont formés en différents points des membres des nodosités dures circonscrites dont le malade s'est aperçu par hasard, en sorte qu'il ne peut préciser exactement la date et l'ordre de leur apparition. Il n'éprouvait à leur niveau aucune douleur spontanée : ce n'est qu'en les palpant qu'il les trouvait un peu sensibles.

Ces nodules arrondis ou vaguement ovalaires sont du

volume d'un très gros pois ou d'un petit haricot, leur consistance est ferme, leur limitation est précise. Dans certaines positions quelques-uns d'entre eux font une saillie peu appréciable. Leur mobilité sur les plans aponévrotiques et cutanés est complète : la peau ne présente pas de changement de coloration à leur surface.

Quant au siège et à la distribution de ces nodules voici ce qu'on relève sur un schéma recueilli au lit du malade.

Sur le membre supérieur droit un seul nodule en avant de la masse des muscles épicondyliens.

Sur le membre supérieur gauche, trois nodules, l'un au-dessous de la saignée en avant, l'autre au niveau sur la face interne du bras, un troisième sur la face postérieure des avant-bras.

Sur le membre inférieur droit, quatre nodules au-devant de la jambe.

Sur le membre inférieur gauche, un au-dessus du cou-du-pied, un entre les deux jumeaux, deux sur la face interne de la cuisse.

En tout quinze nodules dont aucun sur le tronc ni à la racine des membres, ni sur la tête et le cou, aucun sur les extrémités proprement dites.

Ces nodosités ont apparu insidieusement à froid : elles n'ont donné lieu à aucun trouble apparent de la circulation : pas d'œdème, pas de dilatation de vaisseaux en un mot. Le traitement antisypilitique paraît les avoir influencé puisque quelques semaines après la palpation ne permet plus d'en retrouver la moindre trace.

**Cyanose douloureuse intermittente d'un gros orteil
d'origine syphilitique**

par MM. AUDRY et BOYREAU, in these de ROQUES, 1907.

J. R..., 54 ans, menuisier, entre le 23 avril à la clinique des maladies cutanées ; père mort à 68 ans d'affection indéterminée ; mère morte à 69 ans de cardiopathie ; un frère, âgé de 44 ans, en bonne santé.

Antécédents personnels : aucune maladie de l'enfance ou de l'adolescence, santé robuste. Pendant son service contracta la syphilis ; chancre induré du fourreau de la verge, roséole, plaques muqueuses de la bouche et des dents bientôt suivies de l'apparition sur l'abdomen et principalement sur les jambes et les cuisses de syphilides ulcéreuses assez confluentes et dont on voit actuellement les cicatrices pigmentées.

Dès les premières manifestations de la syphilis, R... suivit un traitement spécifique pendant 1 an, mais d'une façon irrégulière, sirop de Gibert, frictions et même injections hypodermiques. Depuis plus de 30 ans, il n'a vu se produire aucun symptôme syphilitique et n'a eu à se plaindre d'aucun trouble viscéral. Marié à 26 ans, sa femme n'a jamais eu de fausse couche, il a eu huit enfants venus au monde à terme et bien conformés : cinq sont morts de rougeole ou de tuberculose pulmonaire ; les trois autres jouissent d'une bonne santé.

Maladie actuelle.— R... entre à la clinique pour phénomènes douloureux du gros orteil gauche apparus depuis un mois dans les circonstances suivantes : il y a un mois et demi environ survinrent dans la jambe gauche des contradictions involontaires cloniques, indolores brusques, portant soudainement la jambe en extension complète : ces « crampes », comme dit le malade, cessent de

se reproduire quinze jours après, mais aussi il commence de souffrir du gros orteil qui se cyanose et d'un engourdissement du membre supérieur droit qui le gêne pour le travail. D'ailleurs, depuis ce moment, les douleurs de l'orteil se sont accusées dans des proportions telles que R. a dû interrompre ses occupations pour entrer à l'hôpital.

EXAMEN DU MALADE. — Homme de petite taille, obèse. Faciès congestionné, les bras sont rouges, les mains grosses et refroidies, mais ce qui attire l'attention, c'est l'état du gros orteil gauche. Il présente une teinte violet foncé uniformément étendue jusqu'à sa base où elle s'arrête limitée par un bord net circulaire. Il ne paraît pas plus froid que le gros orteil droit.

La palpation et la pression forte même est indolore.

Les douleurs spontanées surviennent indifféremment le jour, ou la nuit, mais toujours quand le malade est au repos ; elles s'annoncent par des élancements accompagnés bientôt de sensations d'arrachement et qui ne tardent pas à devenir intolérables ; seule la marche arrive à les calmer. Quand ces phénomènes sont à leur paroxysme, l'orteil est douloureux en masse. La peau qui le recouvre ne présente pas d'altérations.

L'examen des différents appareils est négatif.

Pas de signes d'Argyll ou de Romberg. Les réflexes rotuliens sont très diminués, surtout à gauche ; le réflexe plantaire est aboli à gauche.

On soumet le malade aux piqûres de calomel : 7 cgr. tous les huit jours et à l'administration quotidienne d'iode de sodium : deux cuillerées à soupe d'une solution à 10 %.

26 avril. — Les douleurs persistent assez intenses ; le malade est privé de sommeil ; on a recours à la morphine.

28 avril. — L'engourdissement du membre supérieur droit devient intermittent ; la cyanose de l'orteil présente

des alternatives d'augmentation et de diminution. On porte à 8 gr. la quantité de Ki.

30 avril. — Les douleurs deviennent moins vives ; on continue la morphine.

2 mai, 4 mai. — Amélioration notable.

5 mai. — Le malade très soulagé demande à sortir. L'examen de l'orteil fait avant son départ, permet de constater que la teinte cyanotique a diminué ; enfin il a perdu de sa tuméfaction légère. Les téguments ne présentent aucune excoriation ni exfoliation.

La pression est toujours indolore.

Jusqu'à ce moment on ne soupçonne pas d'altérations phlébitiques.

Le malade a reçu alors trois injections de calomel.

Une fois sorti du service, le malade cesse de se soigner ; il revint à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques dans un état pitoyable.

L'extrémité du gros orteil présentait un petit point de gangrene absolument sèche. Le malade ne s'en plaignait pas, mais toute la peau de la jambe entre la tibio-tarsienne et la tubérosité du tibia offre d'immenses surfaces de gangrene superficielle, infiltration bleuâtre, placards noirs et franchement escarrifiés ; quelques-unes en voie d'élimination ; désinfection de la plaie ; pansements humides, Ki à haute dose. Injection de calomel ; fièvre légère le soir, amélioration momentanée.

Au bout de huit jours, la température remonte, l'état général baisse et l'on voit se manifester de la lymphangite ascendante le long de la cuisse ; le malade est envoyé dans un service de chirurgie pour y être amputé.

Opération pratiquée par M. le professeur agrégé Bauby par le procédé du lambeau postérieur, section du fémur un peu au-dessus du tiers moyen. On constate que l'artère fémorale est complètement oblitérée par une sorte de thrombus d'apparence organisée. Le soir même chute de

la température. Suites opératoires extrêmement simples. Le malade continue son traitement mercuriel, il revient à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques avec un joli moignon. Il y reste jusqu'au 23 décembre ; pendant ce temps, il est traité régulièrement ; iodure de potassium, 6 à 8 gr. Injections d'huile grise. Le malade paraît virtuellement bien portant.

Il quitte la clinique le 23 décembre pour rentrer chez lui et 24 heures après il était mort sans que nous ayons pu avoir d'autres détails sur cette fin aussi brusque qu'inattendue.

La dissection du membre amputé a montré qu'il existait à côté des artérites, des phlébites profondes dont nous avons rapporté les examens microscopiques.

Conclusions

1° La syphilis produit des lésions veineuses des membres à toutes les périodes de son évolution.

2° Les phlébites précoces siègent surtout sur les veines superficielles, leur début est insidieux ; les phénomènes généraux et fonctionnels manquent pendant toute l'évolution de l'affection qui ne se révèle qu'à l'exploration physique. Elles ont une tendance marquée à la diffusion, à la résolution spontanée et aux récidives.

3° Les phlébites tardives qui paraissent rares frappent plutôt les veines profondes. Phénomènes généraux et fonctionnels très marqués dès le début de l'affection ; signes locaux réalisent le tableau clinique de la phlegmatia alba dolens. Il n'y a pas de tendance à la diffusion des lésions qui restent limitées à un ou tout au plus à quelques segments veineux. L'évolution vers la guérison sous l'influence du traitement est la règle. On n'a pas observé jusqu'ici de récidives.

4° Il semble que les manifestations phlébitiques

dues à la syphilis n'aient jamais donné lieu à des accidents emboliques.

5° L'histologie montre qu'il s'agit dans ces deux formes d'endo-phlébite de nature banale avec infiltration de tissu conjonctif embryonnaire dans toutes les tuniques du vaisseau.

6° La nature syphilitique de l'infection a été prouvée dans les phlébites précoces par la présence du *treponema pallidum* dans les tuniques veineuses, et l'inoculation expérimentale au singe qui a reproduit un chancre syphilitique (Thibierge et Ravaut).

7° La thrombo-phlébite nodulaire est une forme exceptionnelle qui se traduit par des nodules sous-cutanés durs et mobiles qui apparaissent au cours des manifestations secondaires ; leur siège est sur les parois des veines sous-cutanées, la structure de ces nodules est celle d'un syphilome ; la périphlébite est le phénomène initial ; l'endophlébite est secondaire. Cette forme anatomique doit être rattachée aux phlébites précoces.

8° Les gommés veineuses également très rares sont des manifestations tardives de la syphilis sur les veines ; ce sont des néoplasies circonscrites ; elles peuvent susciter des difficultés de diagnostic avec les tuberculomes et les carcinomes.

9° Le traitement antisypilitique mercuriel et ioduré agit favorablement sur toutes les manifestations veineuses de la syphilis ; les cas traités par les com-

posés arsenicaux sont encore rares et cette thérapeutique ne paraît pas avoir fourni des résultats plus rapides qu'un traitement hydrargyrique énergique tel que les injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Vu le Doyen,

LANDOUZY.

Vu le Président de la thèse,

THOINOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

Index Bibliographique

- JACO ASTRUC. — De morbis venereis libri novem. Venise 1748.
- MASTROIANI. — De venarum aneurysmatibus modo claudicantibus pertractandis... Rome, 1772.
- TESSIER. — Société anatomique. 1834.
- SIMMONS. — On three cases of phlebitis occurring in patients affected with syphilitic poison. The Lancet, 1860, p. 619 (3 hommes).
- COHEN. — Arch. de Physiol. norm. et pathol. 1872.
- GREENHOW. — Case of muscular tumours and of phlebitis with phlegmon of the superficial veins of both legs, in a patient subject of constitutional syphilis. (Transactions of Clinical Society). London, 1873, t. VI, p. 143 (1 homme).
- HEISEN. — Die funktionelle Erkrankungen der Hirnarterien. Leipzig, 1874.
- HOWE. — British Medical Journal. 1875. Gamma w. part. of post cerebral sinuses and telorum cerebri (Transactions of medical society of London, 1875 t. XXVIII, p. 2).
- CHAUVEL. — Société de chirurgie. 1872. t. IV, p. 352.
- COHEN. — Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Cochin 2^e édition. Paris 1872 t. III, p. 316 (1 homme et 1 femme).
- COHEN. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1873, p. 32.

- HUBER. — Arch. für pathol. Anat. und Phys. 1880.
- LANGENBECK. — Arch. f. Klin. Chirurgie, 1881 (2 cas de gommes veineuses).
- LANCEREAUX. — Phlébite syphilitique (in traité d'anat. pat., 1882, t. II, p. 974).
- GAYBAUD. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 1882, n° 43 (2 hommes).
- JACCOUD. — Dictionnaire encyclopédique, 1885.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique, 1887.
- HUTCHINSON. — Syphilis. Leipzig, 1888.
- THIBIEGE (G.) — Les lésions artérielles de la syphilis (Gazette des hôpitaux, 1889, p. 93).
- BREDA. — Contributo alla flebite sifilitica (Revista Veneta di Scienze mediche, 1889, p. 446) (1 femme).
- VAQUEZ. — Thèse de Paris, 1890.
- Société anatomique, 1892.
 - Clinique de la Charité du Dr Potain, 1895.
 - Des coagulations sanguines intra-vascul., Nancy, 1896.
- HUCHARD. — Malad. du cœur et des vaisseaux, 1890.
- MAURIAC (Ch.) — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Paris, 1890, p. 834 (1 homme).
- CHARVOT. — Deux cas de phlébite syphilitique (Revue de chirurgie, 1891, p. 559), (2 hommes).
- GAUTRU. — Sur un cas de phlébite observée chez un syphilitique (France Médicale, Janvier 1892 (un homme)).
- ERTINGER. — In traité de Médecine, 1893, T. V. : phlébite au cours des accidents second. de la syphilis (Clinique médic. de l'hôpital Broussais, in Semaine Médicale, 12 février 1902, p. 49), (un homme).
- MENDEL. — Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique (Arch. génér. de Médecine, mars 1894), (un homme).

- LANG. — Papeln an Genitale, Pincinus indica (Jahrbuch d. Wiener K. K. Krankenh., 1895, Vienne, 1897, t. IV, p. 107). (1 homme et une femme, et (in Thèse Collinot, Paris, 1901).
- MENDEL. — Pléonnie et myonite syphilitiques (Annales de Dermatologie, 1895, p. 2). (1 homme).
- LANG, Edouard. — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis. Wiesbaden, 1896.
- CORNIL et MARIE. — Société anatomique, 1896.
- AUMONT. — Étude critique de la pathogénie des pléonnie infectieuses (Thèse de Bordeaux, 1896).
- RICHARD et AUBERT. — Infection syphil. s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère (Annales de Dermatologie, 1896, p. 928). (1 homme).
- DE BEUFEMAN ET CLAUDE. — Annales de Dermat. et de Syphil., 1896.
- WELIAMOWITZ. — Ein Fall von Phlegmaha alba dolens syphilitica. Militär Medicin Journal, octobre 1898; Dermat-Zeitschr., 1900, p. 136. (1 homme).
- RUBER. — Histolog. Untersuchungen in Primärstadium der Syphilis (Deutsche Medic. Wochenschr, 3 mars 1898).
- FOURNIER (A.). — Traité de la syphilis, 1898, tome I, p. 705.
- HERZARD. — De la pléonnie syph. (Thèse de Paris, 1898). (une femme).
- PROKSCH. — Über Venensyphilis. Bonn, 1878.
- BABEL. — Pléonnie syphilitique secondaire avec oedème (Journ. Mal. Cut. et Syph., 1892, p. 183). (2 hommes). (France Médicale, 1898, p. 497).
- FOURNIER ET LEBEL. — Deux cas de pléonnie syphilitique secondaire (Annales de Dermatologie, 1893, p. 80). (2 hommes).
- ROSDÉHO. — Contribution à l'étude de la pléonnie des membres dans la syphilis secondaire (Thèse de Paris 1899). (1 homme).

- LE NOIR. — Deux cas de syphilis secondaire des veines [Association française pour l'avancement des sciences : Congrès de Boulogne-sur-Mer, septembre 1899]. (1 homme et 1 femme).
- WEBER. — Note on suppurative phlebitis and lymphangitis in secondary syphilis [British Journal of Dermatology, 1899, June, p. 233].
- LANGENBECK. — Bulletin Medical. 1899, p. 858.
- RUCKERT. — Phlebitis syphilitica. Inaugur. Dissert. Berlin, 1899.
- THIBIERGE. — Festschrift für Prof. Neumann Jubiläum. Wien, 1900 (Beiträge zur Dermat und Syphilis, p. 840. (2 hommes).
- WHITNEY. — Syphilis of lungs, heart and vessels (Colorado Medical Journal, août 1900).
- JACQUINET. — Un cas de phlébite syph. secondaire [Union médicale du Nord-Est, Reims, 1900, p. 253]. (1 homme).
- FINGER. — Phlebitis syphilitica [Arch. für Dermat., 1900, tome 53, p. 108]. [Verhandlungen der Wiener Dermat. Gesellschaft (1 homme)].
- HASLUND. — Phlébite syphilitique [Société Danoise de Dermat., 3 octobre 1900 : in Dermat. Zeitschrift, 1901, p. 52 (1 femme)].
- PHILIPSON. — Über embolie und Metastase in der Haut (Arch. für Dermat., 1900, p. 33).
- ULLMANN. — Venensyphilis in Arch. für Dermatol., 1901, tome 56, p. 135) (1 femme).
- PROKSCH. — Über die syphilis der Venen des Gehirns und des Rückenmarks [Wiener arztl. Centralzeit., 1901, n° 27].
- COLLINOT. — Etude sur les manifest. veineuses au cours de la syphilis secondaire Thèse de Paris, 1901 (1 femme).

- BLASCHKO. — Uber thrombophlebitis nodularis syphilitica (Versammlung deutscher. Naturforscher und Artze in Hamburg, von 23, 26 sept. 1901 ; in Monatshefte f. Prak. Derm., 1901, tome 2, p. 520).
- MAX MARCUSE (Berne). — Uber nodöse syphilide (Erythema nodosum syphiliticum) und syphilitische Phlebitis (Arch. für Dermat, 1902, tome 63, p. 1) (1 femme).
- AUDRY ET CONSTANTIN. — Phlébite syphilitique de la veine poplitée (Soc. franç. de Dermat, 12 juin 1902, p. 321) (1 femme et 3 autres cas).
- CAMPBELL (d'Edimbourg). — Phlébite au cours de la syphilis secondaire (Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, 21 novembre 1902, p. 1005) (1 homme).
- BRUNSGAARD. — Perifere flebiter under forlobet of sekundier syph (Norsk. Mag. for Lagevidens Kaben, Christiania, avril 1902). (5 hommes et 4 femmes).
- GUYET. — Phlébite superf. aiguë pendant la période secondaire de la syphilis (Thèse de Bordeaux, 1902). (1 femme).
- ROUSSY. — La phlébite syphilitique secondaire (Gazette des Hôpitaux, 5 sept. 1903, p. 1013). (2 hommes).
- RENAULT ET ROUSSY. — Une nouvelle observation de phlébite syphilitique secondaire (Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1903, p. 100). (1 homme).
- JULLIEN. — Syphilis noueuse et lésions des vaisseaux (Revue des Mal. de la nutrition, déc. 1903 ; Journal des Mal. cutan., janvier 1904, p. 23).
- GAUCHER ET CHIRAY. — Sur un cas de phlébite syphil. des veines superf. du bras (Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux, 5 février 1903, page 119). (1 femme).
- HOFFMANN (Erich). — Uber strainingformige Phlebitis in Frühstadium der Syphilis (Dermat, Zeitschrift, oct. 1903, p. 470 (2 hommes) ; Démonstr. eines

- Präparates einer syphilitischen Thrombophlebitis (Dermat., Zeitschrift, 1903, p. 546 (1 femme).
- NEISSER. — Un cas de phlébite syph. noueuse avec examen histologique (Deutsche Medic. Wochenschr., 1903, n° 37 ; in Dermat. Zeitschrift, 1904, p. 297) (1 homme).
- WECHSELMANN. — Lymphangite syphilitique pouvant être confondue avec une phlébite syphil. (Berliner Derm. Gesellschaft, 13 décembre 1904 ; in Monatshefte f. Prakt. Dermat., 1905, tome I).
- BLUMENFELD (Anton). — Beitrag Zur Thrombophlebitis luetica in Frühstadium (Polyclinique de Neisser ; in Dermat. Centralblatt, janvier 1904, p. 98). (1 homme).
- BECK. — Sclérose et ossification des veines (Semaine Médicale, 1904, p. 208).
- HASLUND. — Phlebite syphil., in extremiteternes subkutane vener under des sekundoere stadium (Hospitaltidende, 30 mars et 6 avril 1904).
- RENAUT. — Les phlébites syphilitiques secondaires (Congrès internat. de dermat. et de syphil.) Berlin, 1904 ; in La Syphilis, 1904, p. 859).
- PASINI. — Gangrena della pelle d'origine syphil. ; contribuzione allo studio delle syphilis delle vene (Giornale italiano des mal. venere e della pelle, 1904, fasc. 6.)
- THIBIERGE ET RAVAUT. — La réaction palpébrale des singes macaques à l'inoculation de la syphilis. (Bull. Soc. Méd. Hôpitaux, 2 juin 1905, p. 465.
- SCHAUDINN ET HOFFMANN. — Recherches microbiologiques sur la syphilis. (Deutsche medicinische Wochensch, 4 mai 1905).
- HOFFMANN. — Recherches sur le pouvoir infectant du sang syphilitique (Deutsche Méd. Wochensch, 29 mars 1906, p. 496).

- MARCUSE (Bernhardt). — Fall von syphil. phlebitis in Frühstadium. Berlin Derm. Gesell, 14 février 1905. (Archiv. f. Dermat., 1905, p. 423) (1 femme).
Berlin, Derm. Gesells, 3 juillet 1906, in Arch. f. Derm., 1905, p. 423, p. 436 (3 femmes).
- MARCUS (Karl), de Stockholm. — Ein Fall von Veneusyphilis, in Sekundärstadium (avec examen histologique et 3 planches en couleur). Archiv. f. Dermat., 1905, t. 77, p. 43 (1 homme).
- HOFFMANN (Erich) : Venenerkrankungen in Verlaufe der Sekundärperiode der Syphilis. (Archiv. f. Dermat., 1905, janvier et février, pages 39 et 245, tome 73).
- JULLIEN : Phlébites de la syphilis acquise. (Congrès internat. de Dermat. et Syphilis, Berlin 1904. La Syphilis, février 1905. (2 hommes).
Traité des maladies vénériennes.
- GAUCHER et TOUCHARD. — Phlébites multiples au cours de la syphilis secondaire (Bull. Soc. Française Dermat., 3 novembre 1904, p. 327). (1 homme).
- DARIER et CIVATTE. — Syphilides nodulaires hypodermiques. (Annales de Dermat. et de syphilis., mars 1905, p. 267).
- KISTIAKOWSKY. — Contribution à l'étude des lésions veineuses de la syphilis (en russe). (Voienno. méd. journal, juin 1906).
- ALEXANDER. — Fall von venen syphilis bei rezenter Lues (Phlébitis migrans.). Examen histologique. (Breslaner, Dermat. Vereinigung, 1903-1905, in Archiv. f. Dermatol., avril 1906, tome 79, p. 435, (1 femme).
- DIEULAFOY. — Phlébite syphilitique (Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, 1905-1906, 13^e leçon, p. 230. (1 homme)

- AUDRY. — Phlébite syphilitique ilio-crurale double. (Bull. Soc. Franç. Dermat., 7 juin 1906, p. 347. (1 f.).
- RAVAUT et PONSELLE. — Recherches sur la présence du spirochaete dans le sang des syphilitiques. (Gazette des Hôpitaux, 31 juillet 1906, p. 1023).
- NATTAN-LARRIER et BERGERON. — Du Spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques. (Presse Médicale, 10 janvier 1906.)
- RAVAUT et PONSELLE. — Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syphilitiques. (Société Médic. des Hôpitaux, 12 janvier 1906).
- THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD. — Le Spirochaete pallida de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis ; Etude de bactériologie clinique et de recherches expérimentales. (Bulletin Soc. Médic. des Hôpitaux, 6 avril 1906).
- BENDA. — Présence du spirochaete dans un cas d'artérite cérébrale. (Berlin. Medic. Gesellsch ; 4 juillet 1906 ; in Berl. Klin, Wochenschr, 1906, n° 29, p. 989).
- BOSC et DONTRELEPONT. — Presse Médicale, 5 septembre 1906.
- TOROK (Budapest). — Budapesti Orv. Up. Dermat. Beil, 1906, n° 4 ; Uber erythema nodosum syphiliticum.
- EWALD (C. A.). — Ein Fall von periphyl. syphil. Trombose von ven. port. (Berlin. Klin, Wochensch, 1906, n° 27 ; in Monatsch, f. Prak. Dermat. 1907, tome I, p. 158).
- VAQUEZ. — Les phlébites syphilitiques tertiaires (in Traité de la Syphilis de Fournier, tome II, fasc. II).
- ARNDT. — Un cas de phlébite syphilitique des membres et du plexus pampiniforme. (Berlin. Dermat.

- Gesell., 8 janvier 1907 ; in *Dermat. Zeitschrift*, février 1907, p. 124). (1 homme).
- SCHERBER. — Un cas d'érythème noueux syphilitique chez une femme. (*Arch. f. Dermat.*, tome 87, p. 440).
- BALZER et GALUP. — Phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales. (*Soc. Franç. de Dermatologie*, 1907, p. 331).
- ROQUES. — Contribution à l'étude de la phlébite syphil. des gros troncs veineux. (Thèse de Toulouse, 1907) (avec deux figures).
- TOURNEUX et LÉVY. — Un cas de phlébite syphil. superficielle. (*Toulouse Médical*, 1^{er} mars 1908). (1 homme).
- PANELLA. — Sur la phlébite syphil. secondaire. (*Giornale italiano delle mal. veneree et della pella*, 1908, p. 864). (1 femme).
- RIMBAUD et REVEILHE. — Phlébite syphilitique du membre supérieur. (*Montpellier Médical* 1909-6367).
- ACHARD et DEMANCHE. — Phlébite syphil. à forme de phlegmatia alba dolens ; Albuminurie. (*Arch. des Mal. du Cœur, Vaisseaux*, août 1909, p. 449). (1 homme).
- DIEULAFOY. — Phlébite syphil. des deux jambes ; Triple infection vénérienne. (*Presse Médicale*, 1909, p. 130). (1 homme).
- RESTAINE. — Syphilis de l'appareil cardio-vasculaire (in *précis de Syphiligraphie de Gaucher*, 1909).
- MAC DONAGH. — Case of phlebitis nodularis syphilitica. (*Roy Soc. Méd., London*, 1909-1910 ; *British Journ Dermat.*, 1910, p. 59). (1 femme).
- BOZHOVSKI. — On phlebosclerosis. (*Gazette de St-Pétersbourg*, 1909, p. 65-67).
- ETIENNE et LUCIEN. — Artérite et phlébite syphil. oblitérantes dans un cas de gangrène massive du mem-

- bre inférieur. (Annales de Dermat., 1909, p. 545).
(1 homme).
- FIDON. — Phlébite du membre infér. gauche chez un sujet variqueux. (Bull. de la Soc. Méd.-Chirurg. de la Drôme). Valence, 1910. (1 homme).
- STRANDBERG. — Trois cas de phlébite syphil. avec démonstration des préparations microscopiques. (Verhandlungen der dermatol. Gesell. zu Stockholm, 22 sept. 1910 ; in Archiv. für Dermat., novembre 1910, p. 344). (3 cas).
- THIBIERGE et RAVAUT. — Phlébites syphil. mult. des membres ; Démonstration de la présence du spirochaete dans la paroi veineuse. (Bull. Soc. Méd. Hôpit., 14 avril 1910, p. 342). (1 homme).
- BALZER et Mad. VAUDET-NEVEUX. — Periphlébite syphil. des veines superf. du bras à la seconde période de la syphilis (formes diffuses et nodulaires). (Bull. Soc. franç. de Dermat., 12 mai 1910, p. 141). (1 femme).
- GAILLARD. — De la Syphilis veineuse, et particulièrement de la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres. (Thèse de Paris, 1911).
- TOROK. — Ueber syphilitische Venenentzündung. (Pest. Méd.-chir. Pres. Budapest 1912).
-

Table des Matières

	Pages
Introduction	9
Historique	12
Observations.....	18
Phlébites syphilitiques précoces.....	24
Thrombo-Phlébite nodulaire.....	35
Phlébites syphilitiques tardives	39
Diagnostic.....	50
Traitement.....	57
Index Bibliographique.....	69

